



0 2 2 9

EL QUE SUSCRIBE POR EL PRESENTE AUTORIZA AL SISTEMA DE SALUD DE NICKLAUS CHILDREN'S A DIVULGAR/SOLICITAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL REGISTRO DEL PACIENTE QUE PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA O DE ABUSO DE DROGAS DEL PACIENTE Y/O DE LOS PADRES, PRUEBAS DE VIH, INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Y/O INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL SIDA.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente/padre/madre/tutor legal que completa este formulario: _____

Dirección del paciente/padre/madre/tutor legal: _____

DIVULGAR A:

Nombre: _____ Institución (si corresponde): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN PARA DIVULGAR (seleccione una opción): Papel CD (Se requiere un formulario de autorización electrónica)

Fechas de hospitalización o tratamiento solicitado: Fecha de inicio: _____ Hasta la fecha: _____

<input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico	<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> PT(terapia física)/OT(terapia ocupacional)/ST(terapia del habla)	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones
<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Patología	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico
<input type="checkbox"/> Notas de evolución	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> EEG
<input type="checkbox"/> Prueba de función pulmonar	<input type="checkbox"/> Estudio del sueño	<input type="checkbox"/> Instrucciones del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Si es otro (especifique a continuación)
<input type="checkbox"/> *Sustancia farmacológica (inicial) _____	<input type="checkbox"/> *Conductual/Psiquiatría (inicial) _____	<input type="checkbox"/> *Sensibilidad para análisis de laboratorio/genética (VIH/ETS/prueba de detección de drogas/embarazo) (se requiere firma) X _____	
<input type="checkbox"/> REGISTROS MÉDICOS COMPLETOS			
<input type="checkbox"/> Incluir registros de psicología/psiquiatría <input type="checkbox"/> Excluir registros de psicología/psiquiatría			

Otro (ESPECIFIQUE): _____

PROPÓSITO: Atención médica Tercero pagador Personal Abogado/representante legal OTRO (ESPECIFIQUE) _____

ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO POR ESCRITO ANTE EL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO, SALVO QUE ESA MEDIDA SE HAYA TOMADO EN VIRTUD DE ESTA AUTORIZACIÓN. A MENOS QUE SE REVOQUE DE OTRO MODO, ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ EN UN (1) AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA O EN LA SIGUIENTE FECHA _____. TAMBIÉN ENTIENDO QUE EN CASO DE QUE REVOQUE ESTA AUTORIZACIÓN, ESTE ACTO NO TENDRÁ NINGÚN EFECTO EN LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR NICKLAUS CHILDREN'S HOSPITAL ANTES DE RECIBIR LA REVOCACIÓN. COMPRENDO QUE SI LA PERSONA O ENTIDAD QUE RECIBE LA INFORMACIÓN NO ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O UN PLAN DE SALUD CUBIERTO POR LAS REGLAMENTACIONES FEDERALES DE PRIVACIDAD, LA INFORMACIÓN DESCRITA ANTERIORMENTE PUEDE VOLVER A DIVULGARSE Y DEJAR DE ESTAR PROTEGIDA POR ESTAS REGLAMENTACIONES.

FIRMA DEL PACIENTE (si tiene 18 años de edad o más O es un menor emancipado)	TELÉFONO	FECHA
PADRE, MADRE, TUTOR U OTRO REPRESENTANTE LEGAL X	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA

LA AUTORIZACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA Y FECHADA POR EL PACIENTE, PADRE/MADRE O TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL. UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL. Nota: Si esta autorización es firmada por el tutor legal, los defensores especiales designados por el tribunal o el tutor ad litem, se puede solicitar la documentación que establezca la relación, para cumplir con esta solicitud. Cuando el paciente cumpla 18 años, se dará por terminado el acceso del padre, madre o tutor al registro médico del paciente.

**AUTHORIZATION FOR REQUEST/ RELEASE OF INFORMATION - SPANISH**



Nicklaus Children's
Health System

Solicitud de Entrega de Registros Electrónicos

Por favor llene este formulario, junto con una AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA/SOLICITUD DE INFORMACIÓN, para recibir sus registros médicos en formato electrónico PDF en vez de copias impresas

Nombre del Solicitante				
	Nombre		Apellido	
Dirección				
	Calle		Suite o Apto. #	
	Ciudad	Estado	Código Postal	
Correo electrónico para envío de documentos				
Registros Médicos Solicitados				
Nombre del Paciente				
	Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento				
Día del Servicio				
	Desde		Hasta	

Por favor provéame los registros médicos descritos arriba a través del servicio online del CIOX Health eDelivery. Entiendo y acepto que:

Debo proveer una dirección electrónica válida, ya sea mía o de quien yo designe.

- Mis registros médicos serán entregados como archivo Adobe PDF a través del sitio de entrega electrónica de CIOX Health.
- Recibiré un correo electrónico de **CIOXHealth.com** con instrucciones para acceder a mis registros

Firma: _____ Fecha: _____

Para cualquier pregunta por favor comunicarse con HIM/Entrega de Información al 305-669-6412